

Yenidoğanlarda Sık Görülen Oral Lezyonlar ve Tedavileri

Common Oral Lesions and Their Treatment in Newborns

Umutcan DEMİRAL^a,
Meral ÜNÜR^a

^aAğız, Diş ve Çene Cerrahisi ABD,
İstanbul Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
İstanbul, TÜRKİYE

Received: 31 Mar 2019

Received in revised form: 05 Aug 2019

Accepted: 02 Sep 2019

Available online: 17 Sep 2019

Correspondence:

Umutcan DEMİRAL
İstanbul Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi ABD, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
umutcandemiral@yandex.com

ÖZET Yenidoğanlarda oral lezyonlar nadir olarak görülse de diş hekimlerini, pediatristleri ve dermatologları yakından ilgilendirmektedir. Bu oral lezyonların sınıflandırılması için çalışmalar yapılmış, ancak standart bir tedavi rejimi ve genel kabul görmüş bir sınıflama yapılmamıştır. Yenidoğanların ağızları pek çok özelliği bakımından özgündür ve doğum periyodundaki gelişimsel olaylara bağlı olarak meydana gelen lezyonlar genellikle iyi huylu mukozal durumları içermektedir. Çalışmalarda; Bohn nodülleri, Epstein incileri ve gingival kistler en sık görülen kistik lezyonlar iken, enfeksiyona bağlı olarak en çok kandida ve herpes simpleks virüsleri ile ilişkili orolabial lezyonlar görülmektedir. Ek olarak, travmaya bağlı lezyonlar, hemanjiyom, lenfanjiyom, konjenital epulis gibi tümöral durumlar, pemfigus vulgaris gibi otoimmün hastalıklar, coğrafi dil, ankiloglossi, makroglossi gibi benign durumlar ve malign melanom ve rabdomiyosarkom gibi malign neoplazmalar da oral bölgelerde gözlenebilmektedir. Oral mukozal lezyonlar, özellikle yenidoğanlarda ve çocuklarda sistemik hastalıkların erken teşhisi için ipucu olabilir. Bundan dolayı yanlış tedavi ve araştırmalardan kaçınmak, doğru tanıya ulaşmak için görülebilecek tüm lezyonlar hakkında bilgi sahibi olmak gerekmektedir. Oral bölgede meydana gelen bir lezyonda endişeli ebeveynlerin başvuracağı merkezlerin başında diş hekimleri gelmektedir. Bunun yanında, yenidoğan oral lezyonlarıyla ilgili literatürdeki çalışma sayısı oldukça azdır ve bu çalışmada, klinikte karşımıza çıkabilecek lezyonlar, bu lezyonların görülme sıklıkları, etiyolojileri, klinik bulguları, ayırıcı tanıları ve tedavi yöntemlerinin bir araya toplanması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan; ağız mukozası; ağız hastalıkları; ağız neoplazileri

ABSTRACT Oral lesions are rarely seen in neonates, but they are closely related to dentists, pediatricians and dermatologists. Studies have been conducted to classify these oral lesions, but a standard treatment regimen and a generally accepted classification have not been performed. Newborns' mouths are unique in terms of many features, and the lesions that occur due to developmental events in the period of birth usually involve benign mucosal conditions. While Bohn's nodules, Epstein pearls and gingival cysts are the most frequently observed cystic lesions in studies, orobial lesions related to candida and herpes simplex viruses are mostly observed in relation to infection. In addition to these, tumoral cases such as lesions caused by trauma, hemangioma, lymphangioma and congenital epulis; autoimmune illnesses such as pemphigus vulgaris; benign situations such as geographical tongue, ankyloglossia, macroglossia and malignant neoplasms such as malignant melanoma and rhabdomyosarcoma are also observed in oral areas. Oral mucosal lesions may be a clue for early diagnosis of systemic diseases, especially in newborns and children. Therefore, it is necessary to avoid inappropriate treatment and investigation and to have information about all the lesions that can be seen in order to reach the correct diagnosis. In the case of a lesion that occurs in the oral region, dentists are the primary centers of concern for parents. In addition, the number of studies on neonatal oral lesions in the literature is very few, and in this review, the lesions that may be encountered in the clinic, the incidence, etiology, clinical findings, differential diagnoses and treatment methods of these lesions were collected.

Keywords: Newborn; mouth mucosa; mouth diseases; mouth neoplasms

Yenidoğanlarda oral lezyonlar nadir olarak görülse de diş hekimlerini, pediatristleri ve dermatologları yakından ilgilendirmektedir. Bu oral lezyonların sınıflandırılması için çalışmalar yapılmış, ancak standart bir tedavi rejimi ve genel kabul görmüş bir sınıflama yapılmamıştır ve yapılan çalışmalar genellikle iki yaş üzeri çocukları kapsamaktadır.

Yenidoğanların ağızları pek çok özelliği bakımından özgündür ve doğum periyodundaki gelişimsel olaylara bağlı olarak meydana gelen lezyonlar genellikle iyi huylu mukozal durumları içermektedir. Oral mukozal lezyonlar, özellikle yenidoğanlarda ve çocuklarda sistemik hastalıkların erken teşhisi için ipucu olabilir. Yine de yanlış tedavi ve araştırmalardan kaçınmak, doğru tanıya ulaşmak için görülebilecek tüm lezyonlar hakkında bilgi sahibi olmak gerekmektedir.

Herkesçe bilinen bir konu olmasına rağmen, bu bu çalışmada, özellikle diş hekimlerinin dikkatinin çekilmesi amaçlanmıştır; çünkü oral bölgede meydana gelen bir lezyonda endişeli ebeveynlerin başvuracağı merkezlerin başında diş hekimleri gelmektedir. Bunun yanında, yenidoğan oral lezyonlarıyla ilgili literatürdeki çalışma sayısı oldukça azdır ve bu çalışmada klinikte karşımıza çıkabilecek lezyonlar bir araya toplanmıştır.

KİSTLER

Kistler, içi sıvı ya da yarı sıvı kıvamda yumuşak materyalle dolu, etrafı epitel ile döşeli bağ dokusu kapsülü ile çevrili patolojik yapılar olarak tanımlanabilir. Epitel artıklarının çene kemiklerinde fazlaca bulunmaları sebebiyle, kistlere sıklıkla rastlanmaktadır. Kistler odontojenik ve nonodontojenik olarak iki ana başlığa ayrılabilir. Odontojenik kistler, dişlerin oluşum aşamasında epitel artıklarından meydana gelirken; nonodontojenik kistlerin ise maksiller ve frontonazal süreçler ve mandibular süreçlerin embriyodaki gelişimi sırasında füzyon hattına sıkışan epitel artıklarından kaynağını aldığı düşünülmektedir.¹

BOHN NODÜLLERİ

Bohn nodülleri, dental laminadaki odontojenik epitel artıklarından ya da minör tükürük bezi artıklarından oluşan keratinize kistlerdir.² Prevalansı cinsiyet ayırmaksızın %37-65 arasında değişmektedir.^{3,4} Klinik olarak sert ve yumuşak damak üzerinde, 1-3 mm boyutlarında nodüller şeklinde görülür ve maksillada görülme sıklığı mandibuladan daha fazladır.⁵ Bu lezyonların ayırıcı tanısı, Epstein incileri ve natal dişler ile yapılmalıdır.^{3,6}

Her ne kadar birçok literatürde Epstein incileri ve Bohn nodülleri birbirinin yerine kullanılmış olsa da Epstein incileri medyan palatal raphe füzyon hattı boyunca sıkışan epitellerden köken almaktadır ve lokalizasyonu da bu hat üzerindedir.³ **Klinisyenler** dikkatli olmalı, mevcut lezyonların benign lezyonlar olduğunu hasta yakınlarına açıklamalıdır.⁶ Bohn nodülleri genellikle kendiliğinden yırıtılır, birkaç ayda skar bırakmadan yok olur.⁷

EPSTEIN İNCİLERİ

Epstein incileri, medyan palatal raphe hattı boyunca uzanan palatal kistlerdir. Prevalansı %35,2-85 arasında değişmektedir ve cinsiyet ayrımı yoktur. Klinik olarak damakta, 1-3 mm boyutlarında içi sıvı ile dolu sarımsı beyaz renkte veziküller şeklinde görülür.^{8,9} Patofizyolojisinde palatal raphe ve nazal süreç arasındaki epitelin sıkışıp, artıklarından da bu kistlerin oluştuğunu iddia eden bir teori vardır. Bir başka teori ise bu kistlerin damakların minör tükürük bezlerinin oluşumundan kaynaklanan epitel kalıntılarının oluşabileceğini iddia etmektedir.¹⁰ Ayırıcı tanısı Bohn nodülleri ile yapılmalıdır ve bu tanıya da lokalizasyona dikkat edilerek ulaşılabilir.³ Epstein incilerinin de aynı Bohn nodülleri gibi tedaviye ihtiyacı yoktur, ebeveynlerin endişeleri giderilmelidir (**Resim 1**).¹¹

GINGİVAL KİSTLER

Gingival kistler, dental lamina artıklarından gelişen ve sıklıkla karşılaşılan yenidoğan kistlerindedir. Yapılan çalışmalarda prevalansı %13,8-53



RESİM 1: Epstein incileri.

arasında değişmektedir. Klinik görünümü ve lokalizasyonu kret tepesinde, 0.1-2 mm arasında, multipl, nodüler ve beyaz lezyonlar şeklindedir.^{10,11} Histopatolojik olarak kist lümeninin içi parakeratotik hücrelerle doludur.⁷ Tedaviye gerek yoktur, lezyonlar iki hafta ile beş ay arasında kendiliğinden kaybolur.⁸

ERÜPSİYON KİSTİ

Erüpsiyon kistleri yenidoğanlarda nadir görülür. İnsidansı %0,07-0,3 arasında rapor edilmiştir.^{3,12,13} Klinik olarak sürmeye çalışan neonatal dişin üzerindeki mukozada mavimsi, kubbe şeklinde, yarı saydam, fluktuan bir şişlik şeklinde bulunur. Dental lamina kalıntılarından ya da mine epitelindeki dejeneratif kistik değişikliklerden köken aldığı düşünülür. Klinik teşhisi kolaydır, ancak kesin tanı için ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılabilir. Tedavi için kist sıvısı boşaltılır, neonatal diş çekilir ya da kistin kendiliğinden rüptüre olması beklenir ve sonrasında neonatal diş çekilir (Resim 2, Resim 3).^{7,14}



RESİM 2: Erüpsiyon kisti.



RESİM 3: Erüpsiyon kistine sebep olan diş eksize edilmiştir.

EPİDERMOİD VE DERMOİD KİSTLER

Epidermoid ve dermoid kistler; baş ve boyun bölgesinde nadir görülen, %1,6 insidansa sahip gelişimsel benign oluşumlardır ancak yenidoğanlarda bildirilen vaka sayısı 30'dan azdır. Lezyonlar çoğunlukla ağız tabanında ve submental bölgede görülür. Klinik olarak asemptomatik, yavaş büyüyen kistlerdir ve teşhisleri belli bir boyuta geldikten sonra yapılabilir. Tanısında doğum öncesi ve sonrası çekilen ultrasonografilerden, manyetik rezonans görüntülemelerden ve ince iğne aspirasyon biyopsisinden yararlanır.^{15,16} Histopatolojik olarak epidermoid kistler, keratinize skuamöz epitel ile kaplıdır, dermoid kistlerde ise ek olarak dermis tabakası da mevcuttur.⁷ Bu kistlerin tedavisi cerrahi eksizyon ile yapılır, nüks nadirdir.¹⁵

ENFEKSİYONLAR

ORAL KANDİDİYAZ

Fırsatçı bir enfeksiyon olan kandidiyaz, özellikle prematüre doğan bebeklerde %2-20 insidansa sahiptir ve yenidoğan ölümlerine sebep olan hastalıklar arasında ikinci sırada yer alır. Kandida enfeksiyonları anneden vertikal olarak ya da kontaminasyon sonucu bir dış etkenden bulaşabilir. Yapılan tetkiklerde en sık görülen kandida türü %75 ile *Candida albicans*'tır; bunun yanında *Candida glabrata*, *Candida krusei*, *Candida tropicalis* ve *Candida parapsilosis* de saptanmıştır. Olgunlaşmamış immün sistem, uzun süreli kataterizasyon ve uzun süre hastanede kalmak risk faktörleri arasında sayılabilir (Resim 4).^{17,18}

De Castro ve ark. kandida ile enfekte anneden doğum sırasında temas sonucu bebeğe kandida suşlarının geçtiğini, yenidoğanın yaşamının genellikle 7. gününde semptomların görülmeye başladığını belirtmiştir.¹⁹ Sonis de yaptığı çalışmayla bunu doğrulamıştır. Yılmaz ve ark. ise çalışmalarında annenin emzirdiği bebekler ile biberondan beslenen yenidoğanları kandida açısından incelemiş, biberonun ortamdaki kandidaları taşımak için uygun bir taşıyıcı olduğunu belirtmişlerdir.²⁰ Bebeklerin %40-60'ı organizmaları ağızında taşır, %10-24'ü yaşamının ilk 18 ayında pamukçuk geçirir.⁴



RESİM 4: Oral kandidiyaz.

Oral bölgede akut psödomembranöz kandidiyaza bağlı plak varsa, karbonatlı su emdirilmiş pamuk tampon ile temizlenmeli ve oral hijyen sağlanmalıdır. Hafif vakalarda lokal antifungal uygulanması yeterli olur iken, ciddi vakalarda sistemik antifungalllerden yararlanır.¹⁸

HERPES SİMPEKS VİRÜS ENFEKSİYONU

Yenidoğanlarda herpes simpleks virüs (HSV) enfeksiyonu, ilk kez 1935 yılında Hass tarafından rapor edilmiştir.²¹ İnsidansı 3.000-20.000 doğumda bir olarak belirtilmiştir. Orolabial lezyonlara HSV-1 sebebiyet verirken, genital lezyonlara HSV-1 ve HSV-2 birlikte sebep olur. Virüsün geçişi doğum sırasında meydana gelir; bu geçiş maternal antikorun durumu, maternal enfeksiyon ve doğum şekliyle ilişkilidir.²²

Kuluçka süresi doğumdan sonra 4-21 gün arasında değişmekte olup, semptomlar 6-21 gün arasında ortaya çıkmaktadır. Lezyonlar genellikle ağız, kafa derisi, yüz, ayak tabanları ve avuç içlerini içerir. Hastalık klinik olarak tek tek ya da kümeler halinde, 1-3 mm boyutlarında, birkaç gün içinde ülserleşen veziküler lezyonlarla karakterizedir. Tanı yöntemleri arasında serolojik testler, serebrospinal sıvının polimeraz zincir reaksiyonu, amplifikasyon analizi ve viral kültürler bulunur. Tedavi ve profilaktik önlemler, asiklovir ile antiviral tedaviyi içerir.²²

OSTEOMİYELİT

Osteomiyelit, mikroorganizmalar nedeni ile kemik ve/veya kemik iliğini içeren enfeksiyonların neden olduğu iltihabi durumdur.²³ İnsidansı %0,1-0,7 ara-

lıındadır ve erkeklerde 1,6 kat daha fazla görülür. Yaygın risk faktörleri arasında; iyatrojenik nedenler, uzun süreli hastanede kalış ve kateterizasyon, parenteral beslenme durumu, solunum cihazı desteği ve hastane enfeksiyonları vardır. Neden olan organizmalar arasında en sık görüleni *Staphylococcus aureus*'tur, bunun yanında B grubu streptokoklar, *Escherichia coli* ve *Klebsiella pneumonia* gibi gram negatif organizmalar da hastalıkta etkin rol oynar.^{24,25} Yenidoğanlarda görülen osteomiyelitlerin %4'ü maksillada tutulum yapar. Klinikte ateşin akut başlangıcını takiben yanakta ödem ve kızarıklık, göz kapaklarının konjonktiviti ve genellikle tek taraflı burun akıntısı ile kendini gösterir. Teşhiste, özellikle eritrosit sedimentasyon hızı, C- reaktif protein, lökosit sayısı değerlendirilmek üzere hemogramdan faydalanılır. Tedavide antibiyotiklerden yararlanır, cerrahi müdahale gereken durumlar da mevcuttur. Prognozu kötü, morbidite oranı yüksektir.²⁴

TRAVMATİK LEZYONLAR

MUKOSEL

Minör tükürük bezi kanalının travmatize olması nedeni ile içeriğini çevre bağ dokusu içerisine bırakması ve bu birikimin sekonder inflamatuvar yanıt oluşturması sonucu oluşan kistik lezyonlardır. Klinik olarak fluktuan, translüsent, mavimsi submukozal şişlikler şeklinde görünürler.²⁶ Histopatolojik olarak ekstrasvazyon mukoselleri ve retansiyon mukoselleri şeklinde tanımlanan iki alt tipi vardır. Retansiyon mukoselleri genellikle yaşlı hastaların yanak ve dudaklarında bulunur iken, ekstrasvazyon mukoselleri daha çok genç hastalarda travmaya bağlı olarak meydana gelir.²⁷ Yapılan bir çalışmada, bir yaş altı hastaların %2,7'sinde mukosel ortaya çıktığı belirtilmiştir. Kesin tanı için ince iğne aspirasyon biyopsisi ve histopatolojik inceleme gerekmektedir. Tedavisi cerrahi eksizyon ile gerçekleştirilir.²⁸

RANULA

Ranula; ağız boşluğunun tabanında bulunan, mukozaya tutulumu veya tükürüğün dil altı bezinden ekstrasvazyonu sonucu ortaya çıkan bir psödo-

kisttir.²⁹ Yenidoğanlarda oldukça nadir görülür ve insidansı %0,74 olarak rapor edilmiştir.³⁰ Klinik görünümüleri mukosel gibi, ağız tabanında, fluktuasyon veren, mavimsi translüsent görünümde üzeri mukoza ile örtülü oluşumlardır.²⁶ Kesin tanı için ince iğne aspirasyon biyopsisi, manyetik rezonans görüntüleme, ultrasonografi ve histopatolojik değerlendirilmeden faydalanılır.²⁹

Ranuların tedavisi için yıllar boyunca farklı yaklaşımlar tanımlanmıştır, ancak genel kabul görmüş bir tedavi yöntemi mevcut değildir. Tedavi için uzun yıllar marsüpiyalizasyon yapılmış, ancak bu yöntem ek ameliyatlara ihtiyaç duyulmasına neden olan çok yüksek bir nüks oranı ile ilişkilendirilmiştir (%61-89). Ranulanın tek başına eksizyonu da ciddi bir nüks oranına sahiptir. Ranulanın tedavisi için sublingual tükürük bezi eksizyonunun başarısının değerlendirildiği çalışmalar yapılmış, bir çalışmada ise uzun dönem komplikasyon oluşmadan %95,5 başarı elde edildiği belirtilmiştir.³¹

RİGA-FEDE HASTALIĞI

Riga-Fede hastalığı nadir görülen iyi huylu bir reaktif mukozal hastalıktır; sırasıyla Riga (1881) ve Fede (1890) tarafından tanımlanmıştır.³² Dominguez-Cruz ve ark., Riga-Fede hastalığını erken gelişmiş Riga-Fede hastalığı ve geç başlangıçlı Riga-Fede hastalığı olarak sınıflandırmışlardır.³³ Erken tanı almış Riga-Fede hastalığı doğumun ilk altı ayı içerisinde, neonatal dişlerle ilişkili travmaları kapsar. Geç başlangıçlı Riga-Fede hastalığı ise genellikle altı-sekiz ay sonra ortaya çıkar ve dişlenme ile ya da nörolojik bozukluklarla ilişkili olabilir. Bu nörolojik bozukluklar Riley-Day sendromu, Lesch-Nyhan sendromu, Tourette sendromu ve serebral palsi gibi hastalıkları kapsar.³³

Hastalık klinik olarak ülsere, unifokal ya da multifokal, ağrılı, sıklıkla dilin ventralinde orta hatta görülür. Bunun yanında; dudak, damak, diş eti, vestibüler mukoza ve ağız tabanında da görülebilir. Teşhis, bakteriyel veya fungal enfeksiyonların, immünolojik hastalıkların ve neoplazilerin neden olduğu ülserasyonları ekarte etmek için klinik muayene ve histopatoloji ile doğrula-

nır. Tedavi diş çekimi, kortikosteroidler, oral dezenfektanlar, dişlerin kesici kenarlarının mollenmesini içerir.^{34,35}

EMZİRME KERATOZU

Doğumdan hemen sonra, çok sık beslenen yenidoğanların dudaklarında emzirme keratozu ya da emme kallusu denilen hiperkeratoz bir alan oluşabilir. Bu hiperkeratoz alan, yenidoğanların dudaklarının memeye temas ettiği bölgelerde, üst dudak ya da alt dudak ayırt etmeksizin meydana gelebilir. Bouquot ve Kiat-Amnuay, vermilyon hattının içerisinde, alt dudak mukozasında, etrafında eritem olmayan hiperkeratotik plak şeklinde klinik görünüme sahip hastalarını bildirmişlerdir.³⁶ Yenidoğan üç aylık olduktan sonra emme paterni normale dönmüş ve lezyon kaybolmuştur. Üç yıllık takipte lezyon tekrarlamamıştır.³⁶

Kesin tanı için biyopsiye başvurulabilir, ancak lezyonlar emme paterninin değişmesiyle geriler, tedaviye ihtiyaç yoktur.³⁶

TÜMÖRLER

HEMANJİYOM

Hemanjiyomlar, yenidoğanlarda %2-30 prevalansı olan ve en yaygın görülen pediatrik vasküler benign neoplazmalardır; kadınlarda üç-beş kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Sıklıkla baş-boyun bölgesinde tutulum (%60) yapar, gövdede (%25) ve ekstremitelerde de görülür. Oral bölgede sıklıkla dudakta, bukkal mukozada ve dilde, nadiren de yumuşak damakta ve uvulada görülür.³⁷ Predispozan faktörlerden bazıları; annenin doğum yaptığı yaş, yenidoğanın ağırlığı ve gebelik hipertansiyonu olarak belirtilmiştir. Hemanjiyomlar, genellikle doğumda bulunurlar, ancak doğumdan birkaç hafta sonra da ortaya çıkabilirler. Hemanjiyomlar yaşamın ilk yılında daha hızlı bir büyüme gösterirler. Klinik olarak hızla büyüyen maküller olarak belirir, daha sonra lekeli pigmentlere dönüşür. Tanıda diğer vasküler malformasyonların ekarte edilmesi için ince iğne aspirasyon biyopsisi, manyetik rezonans görüntüleme, renkli Doppler ultrasonografi, histopato-

loji ve immünohistokimyasal yöntemlerden faydalanılır.³⁸ Tedavi, lezyonun evresine göre şekillenir; tedavide kortikosteroidlerden, propranolol türevi ilaçlardan, karbondioksit lazer ya da diyot lazerden ve cerrahi düzenlemelerden faydalanılır. Eğer yaşamsal fonksiyonları etkilemeyecekse yenidoğanlarda lezyonlara cerrahi müdahale yapılmaz. Müdahale edilen vakalarda %70 başarı görülmüştür, ancak bunların %40'ında telenjektaziler, skar izi, hipopigmentasyon gibi kalıcı değişiklikler görülmüştür.³⁹

LENFANJİYOM

Lenfanjiyomlar, lenfatik kanalların benign neoplazmalarıdır ve prevalansları 1/10.000'dir. Her iki cinsiyeti de eşit olarak etkiler ve vakaların %75'inde tutulum baş-boyun bölgesindedir; bu tutulumu sırasıyla gövde ve ekstremiteler izler.^{40,41} Lenfanjiyomların %50'sinin doğum sırasında, %90'ının ise iki yaşından önce geliştiği bildirilmiştir. Etiyopatogenezinde yenidoğan gelişiminin tamamlanmamış olması, lenfatik dokuların ektopik depozisyonu, lenfatik kanalların konjenital tıkanması ya da sekestrasyonu ve vasküler endotelial büyüme faktörlerinin [vascular endothelial growth factor (VEGFR)] rolü mevcuttur. Oral bölgede sıklıkla dilin dorsumu, dudaklar, bukkal mukoza, yumuşak damak ve nadiren ağız tabanında görülür. Klinik olarak yüzeysel, mavi-siyah ya da kırmızı hemorojik nodüllerle karakterize, yavaş büyüyen, progresif lezyonlar olarak görülür. Boyun bölgesinde meydana gelen lezyonlar daha derinde yerleşim gösterebilir; normal deri renginde, palpasyonda yumuşak, içi sıvı dolu, ağrısız şişlikler şeklinde görülürler. Makroglossi, sialore, ülserasyonlar ve çenelerde şekil bozukluğuna sebebiyet verebilirler; konuşma, çiğneme ve beslenme problemleri yaratabilirler. Bunun yanında; solunum disfonksiyonu, enfeksiyon, ateş ve ani kilo kayıpları da görülebilir. Klinik muayenenin yanında manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, renkli Doppler ultrasonografi, histopatoloji ve D2-40, CD-31, VEGFR-3 gibi immünohistokimyasal belirteçlerden yararlanılarak kesin tanı ko-

nulur. Tedavi seçenekleri arasında; kovansiyonel cerrahi, kriyoterapi, elektrokoter, skleroterapi, steroidler, embolizasyon, lazer cerrahisi ve radyofrekans ablasyon tekniği bulunur. Rekürrens, özellikle dildeki vakalarda yüksektir, bir çalışmada %39 olarak rapor edilmiştir.⁴¹

KONJENİTAL EPULİS

Konjenital epulis; oral kavitede görülen benign bir tümördür, ilk kez 1871 yılında Neumann tarafından tanımlanmıştır.^{42,43} İnsidansı %0,0006'dır ve kadınlarda sekiz kat daha fazla görülür.⁴⁴ Etiyopatogenezi net olarak bilinmemektedir; odontojenik, nörojenik, miyoblastik, endokrinolojik, fibroblastik veya histiyositik kökenli olabileceği ifade edilmiştir. Lezyona maksillada, mandibulaya oranla üç kat daha fazla rastlanır ve genellikle kanin dişi bölgesinde görülür. Klinikte çeşitli boyutlarda, normal ya da kızarmış mukozal yüzeyle örtülü, saplı ya da sapsız olabilen ovoid şişlik şeklinde görülür. Büyük lezyonlar yenidoğanlarda beslenme problemlerine ve mekanik tıkanmalara yol açabilir. Kesin tanı için ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve histopatolojiden yararlanılır.⁴² Ayırıcı tanı; dermoid kist, teratom, hemanjyom, lenfatik malformasyonlar, rabdomyosarkom ve melanotik nöroektodermal tümörler ile yapılmalıdır. Tedavisinde cerrahi eksizyon uygulanır ve nüks bildirilmemiştir.⁴³

LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZİS

Langerhans hücreli histiyositozis; osteolitik kemik lezyonları ile karakterize, patogenezi tam olarak bilinmeyen nadir bir histiyositik hastalıktır.⁴⁴ İnsidansı %0,0005 olup, erkeklerde daha sık görülür. Yenidoğanlarda ve çocuklarda daha sık tanı konulsa da her yaşta görülebilir.⁴³ Kemiklerdeki tutulum daha fazla olmakla birlikte; cilt, lenf nodları, karaciğer, dalak, oral mukoza, akciğer, santral sinir sistemi hastalığın diğer hedef bölgeleridir. Klinik bulgular tutulan organ sistemine göre değişir. Hastalık oral bölgede peteşi, posterior mandibulayı içeren litik kemik lezyonları, Langerhans hücrelerinin birikimine bağlı meydana gelen diş eti hiperplazileri ve ağrı ile seyredir. Bunun yanında; kafatası,

femur, pelvis ve omurlarda da litik lezyonlar görülür. Kesin tanı için ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme, histopatoloji ve immünohistokimyasal yöntemlerden yararlanır. Ayırıcı tanı; seboreik dermatit, çene kemiklerindeki litik lezyonlar, lösemi, lenfoma ve metastatik tümörlerle yapılmalıdır.⁴⁵ Tedavi, hastalığın bulunduğu organ sistemine, lezyonların yaygınlığına ve tutulum olan organın fonksiyon bozukluğunun varlığına göre planlanır. Tedavi yöntemleri konvansiyonel cerrahi, kemoterapi ve radyoterapiyi içerir. Prognoz, sistemik tutulumun derecesine bağlıdır.^{44,46}

MELANOTİK NÖROEKTODERMAL TÜMÖR

Melanotik nöroektodermal tümör, nöral krest hücrelerinden orijin alan, nadir görülen, pigmente bir yenidoğan tümörüdür. Yaşamın ilk altı ayında ve erkeklerde daha sık görülür. Vakaların %92,8'i baş-boyun bölgesinde, yaklaşık %60'ı maksillada, %6'sı da mandibulada tutulum yapar. Oral bölgede dil, damak, bukkal mukoza ve ağız tabanında da tutulum görülür. Klinik olarak pigmente, ağrısız, ülseratif olmayan, hızla büyüyen ve ekspansiyona sebebiyet veren, lokal agresif davranışlarla karakterizedir. Kesin tanıda, klinik muayenenin yanında; bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve histopatolojiden faydalanılır. Ayırıcı tanı; Ewing sarkomu, rabdomiyosarkom, periferik nöroepitelyoma, nöroblastom, periferik nöroektodermal tümör, lenfoma ve malign melanomdur. Tedavi protokolü cerrahi eksizezyon, kemoterapi ve radyoterapinin kombine kullanımını içerir. Rekürrens %10-15, metastaz %3 ve malign transformasyon oranı %6,5 olarak rapor edilmiştir.^{47,48}

EPİGNATUS

Epignatus; kafatasının tabanında, genellikle sert damak veya mandibulaya bağlı ender görülen bir teratomdur. İnsidansı ortalama %0,0005 olarak bildirilmiştir ve kadınlarda üç kat daha fazla görülür.⁴⁹ Epignatus, ağız boşluğu boyunca bir çıkıntı yapabilir, intrauterin dönemde ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme ile fark edilebilir.⁵⁰ Beslenme zorluğu, havayolu tıkanıklığı, yarık damak, bifid dil ve fetal ölüme sebep olabilir. Tanı

linik muayenenin yanında ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi yardımıyla konulur. Ayırıcı tanı; hemanjiyom, lenfanjiyom, dermoid kist, yenidoğanların diğer benign veya malign yumuşak doku kitleleri ile yapılmalıdır. Prognoz oldukça kötüdür, fetal yaşam ve yenidoğanlarda mortalite oranı oldukça yüksektir.⁴⁹

SİALOBLASTOM

Tükürük bezinin duktal veya salgı epitel hücrelerinden köken alan tümörler, iki yaşından küçük çocuklarda oldukça nadir görülür. Vawter ve Tefft, 1966 yılında yenidoğanlarda iki vaka bildirmiş ve yenidoğanlara özgü olduğuna inandıkları bu tümörleri tanımlamak için embriyoma terimini kullanmıştır.⁵¹ 1988 yılında ise Taylor, bu lezyonları tanımlamak için sialoblastoma terimini önermiştir ve o zamandan beri de bu terim kullanılmıştır.⁵² Bugüne kadar yaklaşık 30 vaka bildirilmiştir. Parotis bezi tutulumunda fasiyal sinir paralizi görülebilir. Tedavisi cerrahi eksizezyon ile yapılır, rekürrens bildirilmiştir ancak prognozu olumludur.^{52,53}

■ DİĞER ORAL MUKOZAL LEZYONLAR

YENİDOĞANLARDA PEMFIGUS VULGARIS

Pemfigus vulgaris, desmogleinler gibi epidermal bileşenlere karşı etki gösteren otoantikörlerin varlığından kaynaklanan, muköz membranlar ile deride veziküller ve erozyonlarla karakterize bir hastalıktır. Pediatrik popülasyonda oldukça nadir görülür, prevalansı %1,4-2,9 olarak bildirilmiştir. Yenidoğanlarda pemfigus ise anne pemfigustan etkilendiğinde, maternal immünglobulin G'nin plasenta yoluyla transfer edilmesine bağlı olarak görülür.

Pemfigus vulgaris genellikle oral mukozada yüzeysel veziküllerle başlar. Bu belirtiler remisyon girer ve deride de veziküller oluşturarak aylarca tekrarlayabilir. Kesin tanıya klinik bulguların değerlendirilmesi, "enzyme-linked immunosorbent assay (ELİSA)" testi ve histopatoloji ile ulaşılır. Pemfigus vulgarisin tedavisi yüksek doz kortikos-

teroidlerin hatta bazı vakalarda immünsüpresanların kullanımına dayanır. Yenidoğanlarda görülen pemfigus vulgaris, erişkin forma göre daha az şiddetli seyrederek, prognozları iyidir. Semptomların üç hafta içinde geçmesi beklenir.⁵⁴

COĞRAFİ DİL (ERİTEMA MİGRANS)

Coğrafi dil; prevalansı %1-3 arasında değişen, dilin benign durumudur.⁵⁵ Yenidoğanların ve çocukların oral mukozasında rutin kontroller sırasında oldukça sık görülür.⁴ Bazı epidemiyolojik çalışmalar kadın/erkek oranının 2:1 olduğunu rapor etmiş, bazıları ise lezyonların cinsiyet seçmediğini belirtmiştir. Klinik olarak dilin dorsumunun anterior 2/3'ünde, özellikle dilin en ucunda ve lateralinde, multipl, iyi sınırlanmış eritem alanıyla karakterizedir. Eritem alanı, filiform papillaların atrofiğine bağlı oluşur ve bu alanın çevresinde kendisinden nispeten yüksekte, sarımsı beyaz, kıvrımlı bir sınır vardır. Coğrafi dile sahip olduğunu fark eden hastalar, lezyonların bir bölgede görüldüğünü, birkaç gün ya da haftada iyileştiğini ve başka bir alanda tekrar görüldüğünü belirtirler. Coğrafi dil genellikle asemptomatiktir, ancak tuzlu ya da soslu yiyeceklerle atrofik alanlarda yanma görülebilir. Coğrafi dil; için yıllardır çalışmalar yapılmasına rağmen, etiopatogenezi net olarak bilinmemektedir, herediter olduğu düşünülmektedir. Histopatolojik olarak karakteristik bir yapısı vardır; hiperkeratoz, akantoz ve uzamış rete peglere ek olarak epitelde nötrofil birikimleri görülür; lamina propria tabakasında da lenfositler ve nötrofiller mevcuttur. Erişkin hastalarda yapılmış bazı çalışmalarda, topikal kortikosteroidler ve betametazon kullanımı önerilmişse de genellikle herhangi bir tedavi uygulanmaz ve gerekli değildir.^{4,55}

ANKİLOGLOSSİ

Ankiloglossi, kısa ve kalın lingual frenulum sebebiyle dilin hareketlerinin kısıtlanmasıyla karakterize gelişimsel bir dil anomalisidir. Yenidoğanlarda insidansı %1,7-10,7 aralığında rapor edilmiştir ve erkeklerde daha yaygın görülmektedir. Klinik olarak hafif ankiloglossiler erişkinler tarafından tolere edilebilir; ancak dilin ağız tabanı ile tamamen bü-

tünleştiği ciddi ankiloglossiler de mevcuttur ve bu vakalar tedavi edilmelidir.⁵⁵

Bazı araştırmacılar; ankiloglossinin yutma paternini değiştirdiğini, buna bağlı olarak anterior açık kapanışa neden olduklarını belirtmişlerdir. Yine bazı araştırmacılar, ankiloglossiye sahip yenidoğanlarda beslenme bozuklukları olduğunu belirtmişlerdir.⁵⁶ Ankiloglossinin çocuklarda konuşma bozukluğuna sebebiyet verdikleri ise kabul görmüş bir kanıdır. Lingual frenulumun lazer cerrahisi ya da konvansiyonel cerrahi ile düzenlenmesi ve konuşma terapisti desteğiyle bu konuşma bozuklukları tedavi edilebilir.⁵⁴

MAKROGLOSSİ

Makroglossi dilin büyümesiyle karakterize, yaygın olmayan bir dil anomalisidir. Makroglossi konjenital malformasyonları ya da edinilmiş hastalıkları içeren birçok sebebe bağlı oluşabilir. En sık görülen konjenital malformasyonlar arasında damarsal malformasyonlar, lenfanjiyom, hemanjiyom, hiperplazi, Beckwith-Wiedemann sendromu, Down sendromu ve nörofibromatozis sayılabilir. Makroglossiye sebep olan edinilmiş hastalıklara ise amiloidoz, miksödem, akromegali, anjiyoödem ve myastenia gravis örnek olarak gösterilebilir.

Makroglossi; yenidoğanlarda gürültülü nefes alma, tükürük artışı ve beslenmede zorlukla kendini gösterir. Peltek konuşma görülebilir, dilin mandibulaya olan baskısından dolayı dilin lateralinde çentikler meydana gelebilir, anterior açık kapanış ve mandibular prognati meydana gelebilir. Makroglossi tedavisinde durumun ciddiyetine göre tedavi uygulanır. Hafif vakalarda tedaviye gerek yoktur, ancak ciddi vakalarda cerrahi müdahale ve konuşma terapisti desteğine ihtiyaç duyulmaktadır.⁵⁵

Bezerra ve ark., çocuklarda görülen oral mukozal hastalıkların insidansını araştırmışlar, araştırmasında yenidoğan- beş yaş arası 1042 hastayı incelemiştir. Bu hastaların %2,3'ünde oral mukozal lezyon görülmüş, en sık rastlanan lezyonlar Bohn nodülleri (%37), kandidiyaz (%25) ve coğrafi dil (%21) olarak sıralanmıştır.⁵⁷

Bessa ve ark. yaptığı çalışmada, yenidoğan-dört yaş arasındaki hastaları incelemişler, %9,8 ile en sık görülen lezyonu coğrafi dil olarak saptamışlardır; bunu %6,1'lik oranıyla ısırmaya bağlı travmalar takip etmektedir.⁵⁸

Yılmaz ve ark., 299 yenidoğan hastayı yaş, cinsiyet, boy ve ağırlık, beslenme şekli, dermatolojik, sistemik ve genetik hastalık varlığı açısından değerlendirmişlerdir; 65 (%21,27) hastada oral mukozal lezyon saptamışlardır. En sık görülen lezyon %10,7'lik oranıyla kandidiyazdır; bunu %2,68'lik oranlarıyla Epstein incileri ve coğrafi dil takip etmiştir.⁴

George ve ark., 1.038 yenidoğanı klinik olarak muayene etmiş, 492 (%47,4) yenidoğanda Bohn nodülleri, 365 (%35,2) hastada Epstein incileri, 143 (%13,8) hastada da gingival kist saptamışlardır.³

SONUÇ

Yenidoğanlarda oral lezyonların görülme sıklığı azımsanmayacak orandadır. Meydana gelen lezyonlar genellikle benign karakterde olsa da ebeveynler hekimlere oldukça endişeli biçimde başvurmaktadır. Hekimler, oral lezyonlar hakkında

yeterli bilgiye sahip olmalı ve gerekiyorsa tedaviyi yapabilmeli ya da tedavi edilmesi için hastaları doğru merkezlere yönlendirmelidir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğru-dan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Meral Ünür, Umutcan Demiral; **Tasarım:** Meral Ünür, Umutcan Demiral; **Denetleme/Danışmanlık:** Meral Ünür; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Umutcan Demiral; **Analiz ve/veya Yorum:** Meral Ünür, Umutcan Demiral; **Kaynak Taraması:** Umutcan Demiral; **Makalenin Yazımı:** Umutcan Demiral; **Eleştirel İnceleme:** Meral Ünür.

KAYNAKLAR

1. Bilodeau EA, Collins BM. Odontogenic cysts and neoplasms. Surg Pathol Clin. 2017;10(1):177-222. [Crossref] [PubMed]
2. Kula KS, Josell SD. Oral problems. In: McMillan JA, Feigin RD, DeAngelis CD, eds. Oski's Pediatrics: Principles and Practice. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.781-800.
3. George D, Bhat SS, Hegde SK. Oral findings in newborn children in and around Mangalore, Karnataka State, India. Med Princ Pract. 2008;17(5):385-9. [Crossref] [PubMed]
4. Yılmaz AE, Gorpelioglu C, Sarifakioglu E, Dogan DG, Bilici M, Celik N. Prevalence of oral mucosal lesions from birth to two years. Niger J Clin Pract. 2011;14(3):349-53. [Crossref] [PubMed]
5. Rajendra R, Sivapathasundharam B. Shafer's Textbook of Oral Pathology. 6th ed. New Delhi: Elsevier; 2009. p.963.
6. Cizmeci MN, Kanburoglu MK, Kara S, Tatli MM. Bohn's nodules: peculiar neonatal intraoral lesions mistaken for natal teeth. Eur J Pediatr. 2014;173(3):403. [Crossref] [PubMed]
7. Shear M, Speight P. Cysts of the oral and maxillofacial regions. 4th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007. p.238. [Crossref]
8. Moda A. Gingival cyst of newborn. Int J Clin Pediatr Dent. 2011;4(1):83-4. [Crossref] [PubMed] [PMC]
9. Haveri FT, Inamadar AC. A cross-sectional prospective study of cutaneous lesions in newborn. ISRN Dermatol. 2014;2014:360590. [Crossref] [PubMed] [PMC]
10. Patil S, Rao RS, Majumdar B, Jafer M, Maralingannavar M, Sukumaran A. Oral lesions in neonates. Int J Clin Pediatr Dent. 2016;9(2):131-8. [Crossref] [PubMed] [PMC]
11. Singh RK, Kumar R, Pandey RK, Singh K. Dental lamina cysts in a newborn infant. BMJ Case Rep. 2012;2012. [Crossref] [PubMed] [PMC]
12. Kates GA, Needleman HL, Holmes LB. Natal and neonatal teeth: a clinical study. J Am Dent Assoc. 1984;109(3):441-3. [Crossref] [PubMed]
13. King NM, Lee AM. Prematurely erupted teeth in newborn infants. J Pediatr. 1989;114(5): 807-9. [Crossref] [PubMed]
14. Alemán Navas RM, Martínez Mendoza MG, Leonardo MR, Silva RA, Herrera HW, Herrera HP. Congenital eruption cyst: a case report. Braz Dent J. 2010;21(3):259-62. [Crossref] [PubMed]

15. Park SW, Lee JJ, Chae SA, Yoo BH, Kim GJ, Lee SY. Congenital epidermoid cyst of the oral cavity: prenatal diagnosis by sonography. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2013;6(3):191-3. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
16. Mohta A, Sharma M. Congenital oral cysts in neonates: report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;102(5):e36-8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
17. Benjamin DK Jr, Stoll BJ, Gantz MG, Walsh MC, Sánchez PJ, Das A, et al. Neonatal candidiasis: epidemiology, risk factors, and clinical judgment. *Pediatrics.* 2010;126(4):e865-73. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
18. Tinoco-Araujo JE, Araújo DF, Barbosa PG, Santos PS, Medeiros AM. Invasive candidiasis and oral manifestations in premature newborns. *Einstein (Sao Paulo).* 2013;11(1):71-5. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
19. De Castro AL, Lesões Brancas. In: De Castro AL, Moraes NP, Furuse TA. *Estomatologia: Lesões Brancas.* 2nd ed. São Paulo: Livraria Santos; 1995. p.106-17.
20. Sonis A. Doenças de boca e manifestações orais de doenças sistêmicas. In: Pinkham JR, ed. *Odontopediatria da Infância a Adolescência.* 2nd ed. Sao Paulo: Artes Médicas; 1996. p.77-92.
21. George MH. Hepato-adrenal necrosis with intranuclear inclusion bodies. *Am J Pathol.* 1935;11(1):127-42. [[PubMed](#)]
22. Kimberlin DW. Neonatal herpes simplex infection. *Clin Microbiol Rev.* 2004;17(1):1-13. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
23. De Boeck H. Osteomyelitis and septic arthritis in children. *Acta Orthop Belg.* 2005;71(5):505-15. [[PubMed](#)]
24. Saavedra-Lozano J, Mejías A, Ahmad N, Peromingo E, Ardura MI, Guillen S, et al. Changing trends in acute osteomyelitis in children: impact of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections. *J Pediatr Orthop.* 2008;28(5):569-75. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
25. Polin R, Spitzer A. *Fetal and Neonatal Secrets.* 3rd ed. Philadelphia: Saunders, Elsevier; 2014. p.576.
26. Ünür M, Onur ÖD. Ağız Hastalıklarının Tanı ve Tedavisi. 2. Baskı. İstanbul: Quintessence Yayıncılık; 2008. p.368.
27. Bodner L, Manor E, Joshua BZ, Shaco-Levy R. Oral mucocoeles in children—analysis of 56 new cases. *Pediatr Dermatol.* 2015;32(5):647-50. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
28. Gatti AF, Moreti MM, Cardoso SV, Loyola LV. Mucus extravasation phenomenon in newborn babies: report of two cases. *Int J Paediatr Dent.* 2001;11(1):74-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
29. Nguyen BN, Malone BN, Sidman JD, Barnett Roby B. Excision of sublingual gland as treatment for ranulas in pediatric patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2017;97:154-6. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
30. Onderoglu L, Saygan-Karamürsel B, Deren O, Bozdag G, Tekşam O, Tekinalp G. Prenatal diagnosis of ranula at 21 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;22(4):399-401. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
31. Singh GB, Rai AK, Arora R, Garg S, Abbey P, Shukla S. A rare case of congenital simple cystic ranula in a neonate. *Case Rep Otolaryngol.* 2013;2013:841930. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
32. Costacurta M, Maturo P, Docimo R. Riga-Fede disease and neonatal teeth. *Oral Implantol (Rome).* 2012;5(1):26-30. [[PubMed](#)]
33. Domingues-Cruz J, Herrera A, Fernandez-Crehuet P, Garcia-Bravo B, Camacho F. Riga-Fede disease associated with postanoxic encephalopathy and trisomy 21: a proposed classification. *Pediatr Dermatol.* 2007;24(6): 663-5. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
34. van der Meij EH, de Vries TW, Eggink HF, de Visscher JG. Traumatic lingual ulceration in a newborn: Riga-Fede disease. *Ital J Pediatr.* 2012;38:20. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
35. Rao RS, Mathad SV. Natal teeth: case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2009;13(1):41-6. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
36. Kiat-Amnuay S, Bouquot J. Breastfeeding keratosis: this frictional keratosis of newborns may mimic thrush. *Pediatrics.* 2013;132(3): e775-8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
37. Barnes L. *Surgical Pathology of the Head and Neck.* Vol 2. 2nd ed. New York: Marcel Dekker; 2001. p.2243.
38. North PE. Pediatric vascular tumors and malformations. *Surg Patho Clin.* 2010;3(3):455-94. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
39. Zheng JW, Zhang L, Zhou Q, Mai HM, Wang YA, Fan XD, et al. A practical guide to treatment of infantile hemangiomas of the head and neck. *Int J Clin Exp Med.* 2013;6(10):851-60. [[PubMed](#)]
40. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 3rd ed. New Delhi: Saunders, Elsevier; 2009. p.968.
41. Kolay SK, Jha PK, Sinha RK, Kumar P. Oral lymphangioma: a review. *J Clin Den Res Edu.* 2012;1(1):42-6.
42. Lee JM, Kim UK, Shin SH. Multiple congenital epulis of the newborn: a case report and literature review. *J Ped Surg Case Rep.* 2013;1(3):32-3. [[Crossref](#)]
43. McGuire TP, Gomes PP, Freilich MM, Sándor GK. Congenital epulis: a surprise in the neonate. *J Can Dent Assoc.* 2006;72(8):747-50. [[PubMed](#)]
44. Tombak A, Tiftik EN. [Langerhans cell histiocytosis]. *Türkiye Klinikleri J Hematol-Special Topics.* 2013;6(1):74-9.
45. Martínez DSM, Villagran UJ, Ajqui RR, Cervantes CK. Oral manifestations of Langerhans cell histiocytosis (LHC): review of scientific literature and case report. *Rev Odontol Mex.* 2012;16(2):123-30.
46. Stein SL, Paller AS, Haut PR, Mancini AJ. Langerhans cell histiocytosis presenting in the neonatal period: a retrospective case series. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001;155(7):778-83. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
47. Hamilton S, Macrae D, Agrawal S, Matic D. Melanotic neuroectodermal tumour of infancy. *Can J Plast Surg.* 2008;16(1):41-4. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
48. Kruse-Lösler B, Gaertner C, Bürger H, Seper L, Joos U, Kleinheinz J. Melanotic neuroectodermal tumor of infancy: systematic review of the literature and presentation of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;102(2):204-16. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
49. Calda P, Novotná M, Cutka D, Břešťák M, Hašík L, Goldová B, et al. A case of an epignathus with intracranial extension appearing as a persistently open mouth at 16 weeks and subsequently diagnosed at 20 weeks of gestation. *J Clin Ultrasound.* 2011;39(3): 164-8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
50. Clement K, Chamberlain P, Boyd P, Molyneux A. Prenatal diagnosis of an epignathus: a case report and review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2001;18(2):178-81. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
51. Vawter GF, Tefft M. Congenital tumors of the parotid gland. *Arch Pathol.* 1966;82(3): 242-5. [[PubMed](#)]
52. Taylor GP. Congenital epithelial tumor of the parotid-sialoblastoma. *Pediatr Pathol.* 1988;8(4):447-52. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
53. Hart I. *Tumours of the Fetus and Infant: an Atlas.* 1st ed. New York: Springer-Verlag; 2002. p.327.

54. Amer YB, Al Ajroush W. Pemphigus vulgaris in a neonate. *Ann Saudi Med.* 2007;27(6):453-5. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
55. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology.* 4th ed. Elsevier; 2016. p.928.
56. Manipon C. Ankyloglossia and the breast-feeding infant: assessment and intervention. *Adv Neonatal Care.* 2016;16(2):108-13. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
57. Bezerra S, Costa I. Oral conditions in children from birth to 5 years: the findings of a children's dental program. *J Clin Pediatr Dent.* 2000;25(1):79-81. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
58. Bessa CF, Santos PJ, Aguiar MC, do Carmo MA. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med.* 2004;33(1):17-22. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]